

PIANO DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA IN OCCASIONE DI EMERGENZE CLIMATICHE LEGATE ALLE ONDATE DI CALORE

LIVELLO DISTRETTUALE

Premessa

Da alcuni decenni si sta osservando un progressivo e costante aumento delle temperature medie di tutto il mondo. All'interno di questa evoluzione esistono alte probabilità di avere estati estremamente calde come quelle osservate nel 1998 e nel 2003.

Sempre più spesso, nei mesi compresi tra maggio-giugno fino a settembre inoltrato, ARPA e AUSL evidenziano il perdurare di particolari situazioni quali elevate temperature che persistono per lunghi periodi, minima escursione termica, alti tassi di umidità, elevate concentrazioni di ozono, fattori che, interagendo, provocano stati di malessere e disagio psicofisico, giungendo a porre seriamente a rischio la salute della persona durante le cosiddette ondate di calore.

Tali fattori hanno conseguenze particolarmente gravi, a volte anche con esito letale, in quei soggetti che, a causa dell'età avanzata e/o di particolari condizioni patologiche, vengono considerati a rischio e pertanto suscettibili e quindi fragili.

In tale situazione sanitaria può essere coinvolta e dare un contributo la protezione civile quale componente di supporto e di coordinamento, in grado di concorrere ponendo a disposizione risorse umane e mezzi, in relazione alle fasi di allerta meglio descritte in prosieguo.

Dal alcuni anni la regione Emilia-Romagna promuove il sostegno agli anziani fragili in occasione del periodo estivo con l'emanazione di linee guida regionali atte anche a valorizzare il contributo delle associazioni di volontariato ed a indicare la cornice strategica di riferimento, considerato che in queste condizioni climatiche hanno un ruolo fondamentale le associazioni di volontariato specie in situazioni di disagio sociale.

La delibera di Giunta regionale 1206/2007 che declina le attività correlate al Fondo per la non autosufficienza riprende l'argomento della fragilità degli anziani e auspica l'adozione di interventi per la prevenzione della non autosufficienza nel soggetto anziano con particolari caratteristiche sociali e sanitarie. Gli indirizzi della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna individuano nel piano delle attività finanziate con il Fondo per la non autosufficienza questo tema come una azione da promuovere.

Da questi documenti e dalla considerazione del fatto che a Bologna la popolazione anziana (oltre 65 anni) supera il 27% della popolazione residente si ritiene per l'anno 2010 di rivolgere il presente piano alla popolazione anziana fragile residente nel Comune di Bologna.

Si ritiene importante sottolineare che le azioni descritte sono definite in collaborazione fra Comune di Bologna, AUSL di Bologna - Distretto di Bologna e che viene identificato Cup 2000 come soggetto coordinatore del call center/ numero verde per segnalazioni di fragilità e criticità e per le informazioni sulle attività.

Individuazione dei soggetti fragili

Il piano di assistenza è rivolto a persone con più di 75 anni di età che vivono sole o in condizione di fragilità:

Funzionale: difficoltà nell'alimentazione, nel movimento, cadute, deficit sensoriali

Clinica: disturbi cardio-respiratori, patologie con terapie complesse, dolore cronico, ricoveri ospedalieri, depressione

Sociale: necessità di assistenza continuativa, basso reddito, situazione abitativa inadeguata, assenza di aiuto da parte di familiari o conoscenti.

L'individuazione dei soggetti fragili è avvenuta con la collaborazione congiunta di Comune ed AUSL. I criteri utilizzati sono i seguenti:

anziani con 75 anni ed oltre, anagraficamente soli, con una richiesta di assistenza sanitaria di severità organizzata su 4 livelli. (in allegato i criteri di natura sociale e clinica - Allegato n.1)

Il livello 1 è il livello base ed è costituito dai soggetti suscettibili individuati per età maggiore di 75 anni e solitudine anagrafica

Il livello 2 è costituito dai soggetti del livello 1 che abbiano fino a due criteri clinici.

Il livello 3 è costituito dagli individui del livello 1 con presenza contemporanea di più di due criteri clinici contemporanei

Il livello 4 è costituito dai soggetti del livello 3 con un indice di deprivazione sociale elevato (in allegato la definizione dell'indice di deprivazione sociale - Allegato n. 2).

Oltre ai casi rilevati istituzionalmente si ritiene opportuno accogliere la segnalazione di casi da parte di assistenti sociali, medici di famiglia, volontari appartenenti ad associazioni o gruppi organizzati (parrocchie, circoli, sindacati pensionati ecc.). Quest'ultima modalità ha anche il significato di promuovere la conoscenza del disagio e il reclutamento di soggetti più vicini ai singoli casi dal momento che in questa fase si è valutata la difficoltà oggettiva di costruire un indicatore di deprivazione sociale al quale riferirsi.

Elemento essenziale è quindi la realizzazione di un piano che consideri in modo integrato tutti gli aspetti del problema, dalla prevenzione all'intervento, condividendo una serie di azioni, anche diversificate ma sinergiche, con una strategia comune in cui la comunicazione e la corretta informazione ai cittadini sono l'elemento fondamentale.

A tale fine viene identificato un gruppo di riferimento locale attivo da aprile a settembre.

Composizione del gruppo di riferimento locale

COGNOME	NOME	RECAPITI	SETTORE APPARTENENZA	DI
Pandolfi	Paolo	Tel.051 6224423 Mail paolo.pandolfi@ausl.bo.it	AUSL Dipartimento Sanità Pubblica	
Argnani	Paola	Tel. 051 6375757 Mail paola.argnani@ausl.bo.it	AUSL Distretto di Bologna	
Giselico	Angelo	Tel. 051 6353086 Mail angelo.giselico@ comune.bologna.it	Comune Bologna Protezione Civile	
Bertagni	Maria Grazia	Tel.051 6353101 Mail mariagrazia.bertagni@comune.bologna.it	Comune Bologna Coordinamento Progetto	
Zecchi	Angela	Tel. 051 525811/19 Mail angela.zecchi@comune.bologna.it	Comune Bologna Servizio Sociale Anziani	
Lanzi	Laura	Tel. 051 4208471 Mail laura.lanzi@cupp200.it	CUP2000 S.p.A.	
Cavallaro	Tommaso	Tel. 051 4208465 Mail Tommaso.cavallaro@cup2000.it	CUP2000 S.p.A.	
Scarnato	Corrado	Tel. 051 6224163 Mail corrado.scarnato@ausl.bologna.it	AUSL Dipartimento Sanità Pubblica	

Il coordinamento è svolto dal Settore Coordinamento sociale e salute del Comune di Bologna Dott.ssa Bertagni Maria Grazia o in sua assenza dalla Dott.ssa Zecchi Angela del Servizio sociale del Quartiere Porto

Competenze del gruppo

- Stesura ed aggiornamento del piano di assistenza e di emergenza
- Coinvolgimento della rete di collaborazioni di natura pubblica, privata e volontaristica
- Coordinamento ed avvio delle azioni previste dal piano o ritenute necessarie nell'interesse della popolazione
- Predisposizione della messaggistica di allarme
- Attività propositiva di provvedimenti contingibili e urgenti da parte dell'Autorità sanitaria locale
- Acquisizione dei dati di natura sanitaria (mortalità, ricovero, pronto soccorso e 118 ecc.)
- Acquisizione dei dati di natura sociale (interventi richiesti/eseguiti , assistenza domiciliare, telecompagnia, ecc.)
- Acquisizione di dati di natura ambientale e climatici
- Monitoraggio e verifica dell'efficienza e dell'efficacia del sistema

Si riporta in allegato la definizione del disagio climatico e dei livelli di allerta (Allegato n. 3).

Ambiti di intervento

Fonti informative

La segnalazione di previsione meteorologica avversa caratterizzata da alte temperature e dalla loro persistenza sul territorio della città, potrà pervenire:

- dalla Prefettura - UTG, in quanto interessata dalla Presidenza del Consiglio - Dipartimento Nazionale o dall'Agenzia Regionale di Protezione Civile;
- da ARPA;
- dall'Azienda U.S.L. ovvero Centro di Coordinamento e di allerta - Sistema per la Prevenzione degli effetti nocivi delle ondate di calore - Dipartimento di Sanità Pubblica.

La fonte informativa riconosciuta per le azioni da svolgere nella Città di Bologna è l'Azienda U.S.L., ovvero il Centro di Coordinamento e di allerta - Sistema per la Prevenzione degli effetti nocivi delle ondate di calore - Dipartimento di Sanità Pubblica, che riceve le informazioni metereologiche da ARPA.

Le informazioni vengono divulgate dall'AUSL ad una mailing list predefinita di soggetti istituzionali, previa valutazione del bollettino nazionale emanato dal Dipartimento della Protezione civile nazionale che viene inviato specificamente all'AUSL. L'informazione è modulata in funzione di:

- sequenza delle previsioni di disagio climatico nelle 24 ore successive
- tipologia dell'interlocutore

Fase di attenzione e preparazione

Schema Attività Procedurali

Nel piano di intervento predisposto come base organizzativa si elencano di seguito gli ambiti di azioni attivate dal raccordo **interistituzionale Comune-AUSL**:

- **Istituzione di un numero verde unico provinciale (800 562110)** per ottenere informazioni, la segnalazione di casi di anziani fragili, la richiesta di servizi e la richiesta di aiuto, rivolto a tutta la popolazione. Il numero verde ed il call center sono gestiti dalla SpA Cup2000 e sono attivi 24 ore su 24 da giugno a settembre 2008
- **Responsabilizzazione di tutti i soggetti organizzati** della società civile (Parrocchie, Associazioni, Centri Sociali) per l'individuazione e la segnalazione di casi in situazione di fragilità sociale. Il coinvolgimento è avvenuto con riunioni mirate, la richiesta formale scritta di collaborazione, la firma di un accordo di intenti sul progetto E-care/OLDES, l'organizzazione di un corso di formazione rivolto a circa 20 volontari
- **Coinvolgimento delle farmacie pubbliche e private** nella segnalazione di anziani fragili
- **Definizione di protocolli di intervento** con il III° Settore per la valutazione del bisogno (Cooperativa Epta - lavoro sociale)
- **Definizione di protocolli per la consegna di beni di prima necessità e farmaci** (AUSER, AFM, Federfarma, Croce Italia)
- **Definizione di protocolli per l'attivazione di trasporti** verso luoghi di cura, di ricreazione e socializzazione (CRI, AVIUSS, AVAD, AUSER)
- **Individuazione di un referente infermieristico** per i casi di presunta allerta
- **Definizione di un dossier di severità del caso** con informazioni legate alla sua condizione socio-sanitaria
- **Condivisione di una strategia comune**, fra Azienda USL e Azienda Ospedaliera, fra medici ospedalieri, specialisti e medici di medicina generale, tesa a perseguire al massimo il permanere al domicilio e /o il rientro precoce al domicilio del paziente;
- **Identificazione di 5 ambulatori di assistenza domiciliare** collocati in poliambulatori cittadini aperti tutte le mattine dal lunedì al sabato dalle 9 alle 12.
- **Monitoraggio costante** dell'andamento della richiesta di assistenza sia tramite la valutazione degli accessi in pronto soccorso, sia tramite l'andamento delle chiamate telefoniche, sia la numerosità dei casi di allerta
- **Comunicazione ai Servizi sociali di quartiere e ai Medici di Medicina Generale** dei casi "fragili" identificati di loro competenza/assistenza
- **I Servizi sociali di quartiere** organizzano attività nel periodo estivo orientate al contrasto della solitudine degli anziani fragili. Le azioni consistono in:
 - ✓ interventi di assistenza domiciliare (monitoraggio e controllo della condizione socio-sanitaria, accompagnamento all'esterno, preparazione o recapito pasti, monitoraggio dell'ambiente domestico, igiene e mobilitazione del cittadino);
 - ✓ inserimento in Centri Diurni in base ad un P.A.I con l'obiettivo di favorire Progetti di socializzazione;
 - ✓ interventi di volontariato (affiancamento, consegna beni, accompagnamento visite o altri luoghi..)
 - ✓ vacanze in città (settimane verdi organizzate in collaborazione con centri sociali e cooperative di servizi socio-assistenziali)
 - ✓ segnalazione iniziative di aggregazione presso centri commerciali o centri sociali

L'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera, congiuntamente, hanno individuato la seguente strategia:

- discutere il Piano Locale di Assistenza, valutare e condividere l'applicabilità di strumenti che aumentino il potenziale di efficacia del piano stesso,
- favorire la presa in carico dei pazienti dimessi dopo eventuale ricovero, con particolare riferimento ai soggetti in condizioni di particolare fragilità e/o complessità assistenziale,

- attivare le procedure di "dimissione protetta" in collaborazione con il Dipartimento delle Cure Primarie e dell'Assistenza Domiciliare,
- garantire la disponibilità a livello di singolo stabilimento di locali climatizzati e mantenere i pazienti più esposti agli effetti del calore in aree climatizzate,
- fornire al personale addetto all'assistenza tutte le informazioni necessarie per la gestione dei soggetti a rischio,
- attivare procedure di prevenzione, in particolare modo l'idratazione e l'eventuale somministrazione di sali,
- evitare interventi diagnostici e terapeutici in grado di provocare situazioni di scompenso per le categorie a rischio
- ritardare i requisiti per il ricovero delle categorie a rischio
- ritardare i requisiti per la dimissione dei pazienti più esposti all'azione del calore
- diffondere in modo efficiente le informazioni relative alla previsione di ondata di calore
- verificare la disponibilità di posti letto sia nelle strutture pubbliche aziendali sia in quelle private accreditate
- individuare dei punti di ritrovo climatizzati.

In questa fase la U.I. Protezione Civile provvederà:

- ad avvisare, se non già allertato, il Sindaco o Assessori delegati alla Sanità, al Sociale ed alla Protezione Civile;
- ad avvisare, nel caso di segnalazione prefettizia, se non già notiziato, il Settore Coordinamento sociale e salute per una eventuale convocazione del Gruppo Tecnico;
- ad allertare a mezzo fax od altro mezzo idoneo ad assicurare certezza informativa, i settori, servizi od uffici in grado di fornire, alla luce del contenuto della segnalazione predetta, un proprio apporto. E' ad esempio il caso di:
 - Azienda Sanitaria affinché esprima ulteriori eventuali indicazioni in merito;
 - Settore Coordinamento Sociale e Salute affinché sensibilizzi:
 - i servizi sociali dipendenti, ivi compreso quello di polizia mortuaria;
 - i centri sociali di aggregazione, prendendo contatti con gli stessi Quartieri;
 - le proprie risorse sanitarie;
 - Settore Comunicazioni - Ufficio Stampa affinché dia luogo alla c.d. "*informazione alla popolazione*" circa le condizioni climatiche previste e le misure di autoprotezione da adottarsi;
 - Hera S.r.l. affinché verifichi le proprie potenzialità di approvvigionamento idrico in caso di necessità ed intensifichi la vigilanza sulla rete al fine di scongiurare guasti o contrastare immediatamente qualsiasi tipo di inconveniente;
 - A.T.C. S.p.A. affinché cerchi di mantenere costante il proprio servizio con utilizzo di mezzi climatizzati per permettere un sollievo, anche se temporaneo, ai soggetti fragili fruitori del servizio pubblico;
 - Consulta Provinciale del Volontariato, convenzionata con l'U.I. Protezione Civile, affinché verifichi le proprie disponibilità in termini di mezzi da impegnare e di risorse umane, specie tra le associazioni specializzate nel settore socio-sanitario.
- Altri enti, servizi ed uffici che possono ritenersi del caso.

Fase di Allarme

Definizione del livello di emergenza

L'allarme si caratterizza per la segnalazione - da parte delle fonti informative prima indicate - di un'ondata di calore in grado di porre seriamente a rischio la salute della

popolazione a causa, in particolare, del suo protrarsi nel tempo unitamente ad altri fattori climatici negativi, determinando pertanto l'insorgenza di uno stato di emergenza.

Dopo 4 giorni di forte disagio climatico (indicato come rosso) da ondata di calore si prevede l'intensificazione degli interventi previsti nel livello base .

Nel primo giorno lavorativo successivo ai 4 giorni di forte disagio è convocata d'urgenza una riunione del gruppo tecnico al fine di monitorare l'andamento degli interventi e la situazione delle richieste di intervento. Si ritiene pertanto che ciascuno dei componenti del gruppo per quanto di loro competenza devono partecipare alla riunione direttamente o delegare un loro collaboratore mettendo a disposizione i dati necessari.

I dati sono riservati ed a disposizione del Sindaco, del Direttore di Distretto e del Direttore Generale dell'AUSL, che tengono i rapporti con la stampa ed i mezzi di comunicazione ed il livello ministeriale.

Nel caso in cui il V° giorno di allerta di forte disagio cada di sabato il gruppo tecnico si riunirà il venerdì stesso alle ore 12 a Bologna in Piazza Liber Paradisus, 6 Torre C.

Nel caso in cui il V° giorno di allerta di forte disagio cada di domenica, il gruppo si riunirà il lunedì mattina alle ore 8, 30 nella sede sopra indicata.

Le fonti informative rimangono le stesse.

Schema Attività Procedurali

L'U.I. Protezione Civile provvederà:

- ad avvisare, se non già allertato, il Sindaco o Assessori delegati alla Sanità, al Sociale e Protezione Civile, trasmettendo tutti gli elementi in possesso con richiesta di convocazione del C.O.C. (Centro Operativo Comunale) e dei responsabili delle funzioni di supporto costituenti lo stesso;
- a coadiuvare il Sindaco e gli Assessori predetti nella gestione dell'emergenza e, unitamente al C.O.C., ad assumere tutti quei provvedimenti ritenuti necessari per garantire il primo soccorso alla popolazione ed il superamento dell'emergenza;
- ad attivare, qualora la situazione meteorologica interessi anche i comuni limitrofi, appositi canali di collegamento, in particolare con i Comuni di Casalecchio di Reno e Zola Predosa, nel momento in cui la Prefettura decreti l'attivazione del C.O.M. (Centro Operativo Misto) ovvero partecipando al C.C.S. (Centro Coordinamento Soccorsi) costituito in seno alla medesima Prefettura;
- a costituire il collegamento comunicativo tra il C.O.C./C.O.M. ed il Gruppo Tecnico istituitosi presso il Settore Coordinamento sociale e salute;
- a richiedere alla Consulta:
 - l'attivazione ed il mantenimento dell'attività della Sala Radio del Volontariato di Protezione Civile al fine di creare un costante e prioritario rapporto di comunicazione con il 118 e quale punto di raccordo e funzionalizzazione della gestione delle risorse del Volontariato nel territorio, anche con il supporto della Polizia Municipale, delle altre forze di polizia e dei servizi sanitari, il cui relativo concorso verrà realizzato tramite costanti rapporti diretti tra le loro sale operative e la Sala radio predetta;
 - la costituzione di squadre di volontariato da utilizzarsi in ausilio ed a supporto delle risorse già attivate dal Settore Coordinamento sociale e salute per eventuali consegne a domicilio, per il trasporto delle persone a rischio in determinati luoghi e per altre attività che si impongano nell'interesse della popolazione quali, ad esempio, il presidio eventuale di parti del territorio e di centri all'uopo predisposti

per accogliere la popolazione. A tal fine si dovrà valutare in seno al Gruppo Tecnico o, se del caso, al C.O.C., il ricorso all'applicazione delle procedure normative per l'impiego del Volontariato (ad es. art. 9 D.P.R. 08/02/2001 nr. 194), anche per quanto concerne l'assunzione del relativo onere economico a carico dell'Amministrazione;

- a contattare il Settore Comunicazioni - Ufficio Stampa affinché dia luogo alla c.d. "*informazione alla popolazione*" circa le condizioni climatiche previste, la loro evoluzione e le misure di autoprotezione da adottarsi;
- a proporre, al fine di una valutazione da parte del C.O.C., l'assunzione di provvedimenti contingibili ed urgenti diretti in particolare al settore merceologico alimentare ed alle attività produttive in genere affinché si garantiscano una costante offerta dei prodotti di prima necessità ed il mantenimento di fruibilità dei centri commerciali e dei locali di intrattenimento - dotati di impianti di climatizzazione - da parte della popolazione;
- a contattare le società fornitrici di energia affinché garantiscano il mantenimento costante della fornitura al fine di evitare possibili black-out;
- a richiedere l'ausilio ad ATC per l'impiego di propri mezzi climatizzati;
- a coordinare eventuali emergenze che insorgessero.

Intensificazione del livello di assistenza di base e azioni specifiche:

1. Sorveglianza attiva tramite telecompagnia e telemonitoraggio: i cittadini inseriti nel livello di severità intensivo sono raggiunti da due chiamate settimanali;
2. Intensificazione dei servizi di trasporto, accompagnamento, consegna a domicilio beni e farmaci per coloro che lo richiedano, quando inseriti nell'elenco dei fragili;
3. Intensificazione degli interventi di assistenza domiciliare se richiesti;
4. Comunicazione ulteriore e intensiva ai responsabili dei Servizi Sociali Anziani dello stato di emergenza dei cittadini identificati come fragili e non ancora in carico al servizio E-care/OLDES appartenenti ai livelli di severità 3 e 4.
5. Comunicazioni dell'allarme calore e pubblicizzazione del numero verde sul display del sistema InformaCittà.
6. Pubblicizzazione degli allarmi sull'emergenza calore attraverso il sito Iperbole del Comune di Bologna e le Newsletter degli abbonati di Iperbole
7. Il Servizio sociale di quartiere informa i servizi di assistenza domiciliare, i centri diurni e le case di riposo con cui ha convenzioni della situazione di allerta
8. Il Coordinamento Sociale e Salute allerta i presidenti dei centri anziani climatizzati e con spazi verdi ombreggiati per l'accoglienza quotidiana degli anziani del Quartiere.
9. Il Servizio Assistenza anziani segnala al call center i casi di anziani fragili non già noti.
10. Recepimento da parte del call center di segnalazioni da ambulanze di cittadini anziani fragili per inserimento in telecompagnia
11. Comunicazione di allerta da parte dell'AUSL a Pronto Soccorso e Ospedali, Case protette, RSA, ai Medici di Medicina Generale e Medici di Continuità Assistenziale, assistenza infermieristica domiciliare

PIANO DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA IN OCCASIONE DI EMERGENZE CLIMATICHE LEGATE ALLE ONDATE DI CALORE

LIVELLO OSPEDALIERO

- l'attivazione di una Unità di Crisi in grado di intervenire con una diversa modulazione delle risorse disponibili. Dell'unità di crisi dovranno far parte i Direttori, i Responsabili organizzativi, i Responsabili SATeR dei Dipartimenti Igienico-organizzativo, Chirurgico, Emergenza-Urgenza e Medico; la stessa Unità di Crisi

definisce il set di indicatori più idonei a monitorare e gestire le richieste. Il gruppo agirà secondo gli indirizzi e con controllo del Vice Direttore Sanitario di area Ospedaliera. All'unità di crisi competerà, oltre al monitoraggio del piano, il governo delle fasi d'emergenza 3 e 4 relativamente all'assunzione di decisioni ad elevato impatto sull'intera organizzazione ospedaliera.

PIANO DI ATTIVITA' OSPEDALIERA

Premessa

Dalla revisione dei dati pubblicati in letteratura, si evince che positivi miglioramenti nella gestione dei picchi della domanda, soprattutto nei momenti di maggiore bisogno, sono ottenuti grazie alla cooperazione fra servizi e alla precoce elaborazione di un piano di dimissione in stretta collaborazione fra la componente ospedaliera e il medico di medicina generale. L'emergenza posti letto ha pertanto necessità di risposte correttive di tutto il sistema intra ed extra ospedaliero, sia sanitario sia sociale. In corso di ondata calore, specie se in condizioni di emergenza, i picchi di domanda di ricovero sono significativamente rivolti alle Medicine Interne ed alle Geriatriche. Il sistema di sorveglianza adottato dall'Azienda USL di Bologna nel corso delle estati a partire dal 2004, ha evidenziato anche un significativo incremento delle richieste di intervento da parte del 118 e di conseguenza un maggior impegno del Pronto Soccorso.

Per i motivi di cui sopra, il sistema dovrà dotarsi di strumenti di flessibilità, a compensazione della variabilità dell'afflusso, che agiscano a più livelli organizzativi sia intra che extra ospedalieri.

Aumento della possibilità di ricovero tramite incremento dell'offerta

L'Azienda USL ha provveduto ad incrementare il numero di invii settimanali (da 17 a 28 invii) da PS/OBI a Case di Cura. Questa tipologia di offerta, gestita centralmente a cruscotto, viene resa disponibile agli stabilimenti della rete ospedaliera aziendale.

Ricerca del massimo di efficienza e qualità nel corso dell'episodio di ricovero

I dati di letteratura dimostrano che un'equa suddivisione di ricoveri tra U.O. attraverso un sistema condiviso e trasparente, migliora l'efficienza dei reparti diminuendo in modo significativo la durata della degenza. Appare probabile che questo sia legato, tra l'altro, alla possibilità offerta allo staff clinico - assistenziale di programmare la propria attività e di vedere riconosciuta la propria efficienza. Peraltro, l'eccessiva pressione di ricoveri oltre il livello concordato produce effetti disincentivanti e non utili al raggiungimento dell'utilizzo ottimale dei posti letto. Tale obiettivo può essere perseguito attraverso il governo dei ricoveri da P.S. ai reparti di degenza secondo protocolli chiaramente definiti che nel momento di iperafflusso contemplino meccanismi aggiuntivi di flessibilità e compensazione. Sono in corso di revisione i protocolli di ricovero da P.S. sia per l'area città sia per l'area nord secondo sistemi colloquanti basati su criteri omogenei adattati allo specifico contesto.

Per favorire l'efficienza dei reparti attraverso una maggior flessibilità organizzativa interna vengono messe in atto le azioni di seguito elencate:

- Disponibilità di spazi aggiuntivi di ricovero che possano costituire un bacino di compensazione temporaneo e mitigare le differenze di orario tra accessi e dimissioni all'interno dello stesso reparto. A tal fine, entro due mesi, saranno disponibili, per l'area medica collocata all'Ospedale Maggiore, due stanze a due letti di nuovo allestimento (torre) che non costituiscono letti aggiuntivi ma rappresentano delle possibilità di accoglienza a compensazione flessibile intra

reparto. I locali saranno utilizzabili a partire dai piani 4, 7, 8, 9. La Medicina C troverà accoglienza al 12° piano riunendo i letti attualmente collocati in ala lunga ed ala corta all' 8° piano;

- Revisione delle priorità dei servizi diagnostici con ampliamento delle disponibilità a favore di pazienti ricoverati e della continuità assistenziale in post-dimissione;
- Implementazioni di alcuni percorsi interdipartimentali su procedure terapeutiche critiche la cui applicazione permetta di incidere positivamente sulla durata del ricovero;
- Facilitazioni nel trasferimento da area medica ad area chirurgica per la presa in carico globale dei pazienti chirurgici fin dalla fase diagnostica;
- Riduzione dei trasferimenti da area chirurgica ad area medica limitandoli ai casi di esclusiva competenza internistica;
- Invio di tutti i pazienti con ictus da P.S. nella Stroke Unit, a prescindere dall'età (attuazione immediata del percorso già definito del progetto stroke);
- Revisione dell'operatività della Medicina d'Urgenza dell'Ospedale Maggiore in modo da accentuare la funzione di compensazione-flessibilità nei confronti dell'area medica. Nello specifico, dovrà essere accentuata l'attenzione alle condizioni organizzative del reparto ricevente al momento di disporre il trasferimento, curando tempi e modi dello stesso al fine di evitare invii troppo ravvicinati o non accoglibili in pari condizioni logistiche;
- Attuazione della fase sperimentale del Progetto "Cruscotto Cure Intermedie" con decorrenza 1/12/2006 all'interno del quale il nucleo di valutazione multidimensionale costituisce elemento facilitatore nel piano di dimissione del paziente. Con questo progetto il Dipartimento Medico intende sostenere, tra l'altro, la pianificazione precoce della dimissione da parte dei reparti ospedalieri in collaborazione con il Medico di Medicina Generale e le strutture territoriali. Obiettivo rilevante è il miglioramento dell'utilizzo delle lungodegenze sia ospedaliere sia private accreditate.

PIANO OSPEDALIERO EMERGENZA ONDATA DI CALORE

Deve essere preso in considerazione il richiamo in servizio del personale in ferie (probabilmente da realizzare negli step di livello più alto)

A fronte dell'iperafflusso di pazienti prevedibile in corso di ondata di calore si rende necessario pianificare una serie di azioni/interventi in progressione, atti a reperire posti letto al di fuori dei meccanismi di gestione ordinaria, secondo una serie di step ad intensità crescente.

Step 0

In condizioni di operatività normale i medici di P.S. assegnano i pazienti necessitanti di ricovero in degenza ordinaria secondo le quote calcolate sulla base di indicatori predefiniti. Si conferma pertanto la metodologia del cruscotto quale strumento utile a perseguire la ottimizzazione dell'efficienza operativa dei reparti, la responsabilizzazione dei professionisti la equa distribuzione dei ricoveri urgenti.

La quantificazione degli invii è stata effettuata riprendendo il set di indicatori già in uso, l'adeguamento ai nuovi assetti organizzativi di alcune U.O., l'inserimento nel periodo temporale del prevedibile maggiore iperafflusso (15.05 - 15.09) fra le U.O. riceventi di ulteriori U.O. di area chirurgica (Chirurgia A e B, Urologia e Chirurgia Vascolare per l'Ospedale Maggiore). Viene definito l'impegno all'inserimento nel

progetto della Chirurgia Oncologica, con modalità puntuali da definire, quando a regime con la dotazione dei posti letto.

La disponibilità di Posti Letto per ricoveri da cruscotto di ogni singola Unità Operativa deve intendersi "debito dovuto settimanale" che per convenzione decorre da mercoledì a martedì. Le Unità Operative che ricevono da Cruscotto si impegnano a garantire il numero di accessi predefiniti.

L'invio dei pazienti da P.S./medicina d'urgenza nei vari reparti è deciso dal medico di P.S./medicina d'urgenza che ne ha la responsabilità. Le consulenze specialistiche sono pertanto finalizzate ad ottenere uno specifico approfondimento diagnostico-terapeutico e non costituiscono vincolo per l'individuazione dei reparti di destinazione.

I criteri di occupazione dei posti letto secondo priorità sono i seguenti:

1-stabilimento

2-appropriatezza clinica e di percorsi diagnostico-terapeutici

3-sesso del paziente

4-domicilio del paziente

5-consenso del paziente

I pazienti dovranno essere inviati presso le U.O. "storicamente" inserite a cruscotto (per quanto possibile distanziati, ed adeguatamente suddivisi nei reparti) nella fascia oraria 8-19,30 di tutti i giorni feriali e festivi. La suddetta fascia oraria viene limitata alle ore 8-16 dei giorni feriali relativamente alle U.O. di Chirurgia di nuovo inserimento.

I medici di P.S./medicina d'urgenza ed i medici delle UU.OO di area chirurgica si impegnano rispettivamente ad inviare ed a ricevere - considerandoli di propria competenza - quei pazienti che presentano patologie che, pur da inquadrare definitivamente, afferiscono presumibilmente a tale area, per evitare sovrannumero di pazienti in area medica o transiti impropri.

La Rianimazione e la Cardiologia-UTIC dell'Ospedale Maggiore possono inviare complessivamente n. 4 pazienti settimanali, uno per ciascuna U.O. di Medicina Interna dell'OM. e Geriatria, secondo un cingolo interno unico (2 pz/settimana da RIA e 2 pz/settimana da Cardiologia) e modalità definite con specifico protocollo.

I Posti Letto della Medicina d'Urgenza rappresentano un serbatoio di flessibilità e compensazione e come tali sono ad esclusiva disposizione del Pronto Soccorso per necessità di inquadramento del paziente, per l'osservazione ed il trattamento dei casi "instabili o critici", con particolare riferimento ai pazienti traumatizzati, o per quelli a degenza "breve", nonché per il completo assorbimento dei ricoveri che avvengono nelle ore notturne.

La cadenza di ricevimento, eventuali scostamenti epidemiologici fisiologici ed il rispetto dell'equità distributiva saranno verificati attraverso report settimanali ed, ove disponibile, attraverso la consultazione diretta del cruscotto informatizzato. I dati statistici dei reparti chirurgici verranno calcolati in modo tale da differenziare l'attività svolta a favore di pazienti provenienti da P.S. e l'attività chirurgica specifica sulla quale vengono verificati gli obiettivi di produttività negoziati in budget.

Step 1

Terminata la disponibilità dei posti a cruscotto (lo strumento informatico deve segnalare in modo attivo l'avvenuta saturazione), il medico di P.S./medicina d'urgenza attiva lo Step 1 utilizzando un ventaglio di possibilità che si basano su:

- l'invio di pazienti in base all'appropriatezza clinica;
- un margine di tolleranza per i reparti a cruscotto (+10-15% dei ricoveri);
- la disponibilità reale di letti aggiuntivi;
- l'ampliamento della funzione di compensazione della medicina d'urgenza (+3 posti letto)

Vengono indicate di seguito per tutti gli stabilimenti ospedalieri le UO, di norma non fra quelle già a cruscotto, all'interno delle quali va ritrovata in questo step la disponibilità dei posti letto aggiuntivi (Chirurgia Generale e Urologia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Oncologica, ORL).

La individuazione delle giornate per gli invii alle UU.OO. sopradette, oltre alla quota già indicata da cruscotto, verrà effettuata limitatamente alle giornate in cui è garantita la presenza della guardia interna con l'esclusione, quindi, dei festivi.

Si sintetizza la modalità di comunicazione fra PS e U.O.:

- il PS comunica l'attivazione dello step 1 alle UO indicate e per conoscenza alla Unità di Crisi entro le ore 13
- ogni UO comunica entro le ore 14 il numero di posti letto disponibili. La comunicazione di ritorno al PS è necessaria anche in caso di indisponibilità di posto letto. I medici delle UO dovranno salvaguardare i posti letto per i ricoveri chirurgici programmati del giorno successivo ed i posti letto per le urgenze specialistiche.

Tranne non vi sia indicazione clinica, restano escluse le U.O. specialistiche con setting assistenziale particolare: pediatria, chirurgia pediatrica, oculistica, ostetricia-ginecologia, ... che potranno essere considerate nello step 3.

I pazienti sono posti a carico del reparto ove è collocato.

Step 2

Terminate le disponibilità di cui allo step 1, il medico di P.S., con le stesse modalità indicate al precedente step, dichiara il passaggio allo step 2, con comunicazione diretta alle U.O. di Medicina e Geriatria e per conoscenza alla Unità di Crisi.

I ricoveri verranno effettuati a carico delle U.O. di Medicina e Geriatria ma "in appoggio" presso altro reparto. Per l'area Nord e Sud vengono utilizzate le aree chirurgiche e riabilitative ove presenti, per il Maggiore e il reparto ALP (3 per ciascuna U.O. di Medicina e Geriatria) L'utilizzo dell'ALP avviene per gradi ad iniziare dall'indisponibilità dell'opzione camera singola.

Step 3

Dopo saturazione di tutti i posti letto in appoggio il medico di P.S./medicina d'urgenza attiva

- l'ulteriore ampliamento della funzione di compensazione della medicina d'urgenza (+3 posti letto)
- l'unità di crisi che può decidere il ricovero di pazienti in tutte le U.O. extra cruscotto compreso quelle con setting assistenziale particolare: pediatria, chirurgia pediatrica, oculistica, ostetricia-ginecologia, neurochirurgia,...

Step 4

Dopo esaurimento di tutti i posti letto disponibili l'unità di crisi può disporre il progressivo/ulteriore blocco dei ricoveri a pagamento, dei ricoveri programmati, dell'attività chirurgica programmata e valutare la possibilità di aprire ulteriori stanze/posti letto tenuto conto della disponibilità di risorse aggiuntive.

CESSATA EMERGENZA

Si definisce come cessata emergenza la condizione di mutamento della condizione climatica.

Fonti informative - Come per i precedenti livelli.

L'U.I. Protezione Civile provvederà:

- ad informare il Sindaco e gli Assessori interessati i quali provvederanno ad informare la popolazione sulla modificata situazione ambientale con il conseguente ritorno alla normalità;
- a chiudere la Sala radio del volontariato previa richiesta di una relazione informativa di quanto avvenuto ed a sua conoscenza.